

3. Studienjahr Bachelor Humanmedizin, FS 2025 (19.02.2025)

Vorlesung Grundlagen der Psychosozialen Medizin II

Der Umgang mit chronischen Krankheiten

Prof. Dr. med. Roland von Känel

Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik USZ

Ganz wichtig!

Zum Kurs Sondersituationen des Krankseins

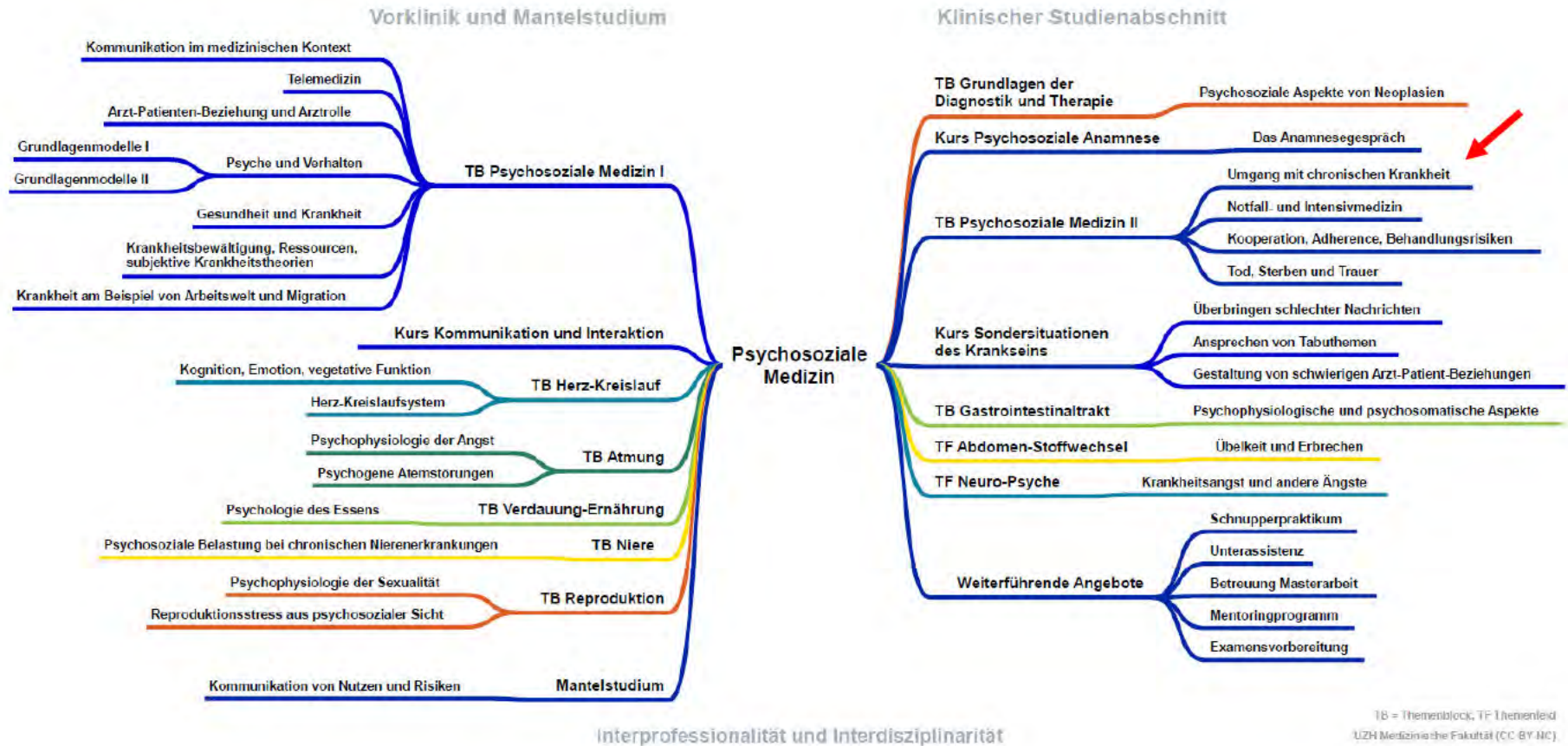
Bitte vergessen Sie nicht die Vorbereitung auf die beiden Themen des jeweiligen Kursnachmittags!

Die Unterlagen (Lernziele, Artikel, Handout, Video) finden Sie auf VAM.

Wir wünschen einen erfolgreichen Kurs!

Die Dozierenden und das Vorbereitungsteam Psychosoziale Medizin

Mindmap Psychosoziale Medizin UZH



Lernziele der Doppel-Lektion: «Sie können...»

1. ...Häufigkeit & Risikofaktoren von chronischen Krankheiten (Abk. CK) nennen.
2. ... die Charakteristika von CK gegenüber akuten Krankheiten beschreiben.
3. ...drei zentrale Punkte der guten Betreuung von Patientinnen und Patienten (Abk. Pat) durch Ärztinnen und Ärzte (Abk. Az) bei CK erläutern.
4. ...die Bedeutung von subjektiven Krankheitskonzepten erläutern.
5. ...die partizipative Entscheidungsfindung bei CK erläutern und deren Stellenwert begründen.
6. ...die Ziele und Formen der Rehabilitation bei CK nennen.
7. ...die Bedeutung des Selbstmanagements bei CK mit Beispielen illustrieren.

Lernziele werden in der Vorlesung ausgeführt mit dem Fokus auf Tetraplegie, Krebserkrankungen und chronische Schmerzkrankheiten.

Kompetenzzentrum Multimorbidität

21.01.2013

Wenn Krankheiten sich häufen

Fünf Krankheiten, fünfzehn Arzneien? Gerade bei älteren Menschen ist das keine Seltenheit. Die Medizinische und die Philosophische Fakultät gründen ein Kompetenzzentrum Multimorbidität an der Universität Zürich. Es hat zum Ziel, chronische Mehrfacherkrankungen zu erforschen.

Marita Fuchs



Kein Tag ohne Medikamentencocktail: Multimorbide Patientin. (Bild: iStockphoto)

62-jährige Pat mit langjährigen Schulterschmerzen, Schlafstörungen, Depression

Medikation

Markenname Wirkstoff	Mo	Mi	Ab	Na	Bemerkung
Arocoxia (Filmtabl 60 mg) Etoricoxib Filmtabletten 60mg	1	0	0	0	Stk p.o.
ASS Cardio Mepha (Filmtabl 100 mg) Blist	1	0	0	0	Stk p.o.
Duloxetin Mepha (Kaps 30 mg) (alt) Blist Duloxetin Kapseln	1	0	0	0	Stk p.o.
Duloxetin Mepha (Kaps 60 mg) (alt) Blist	1	0	0	0	Stk p.o.
LuVit D3 ölige Lös (Lös 4000 IE/ml) zur Therapie FI	½				ml p.o.
Methadon Streuli (Tabl 5 mg) Methadon Tabletten 5mg	½	0	1	0	Stk p.o.
Pantozol (Filmtabl 40 mg) Pantoprazol Filmtabletten 40mg	1	0	0	0	Stk p.o.
Pregabalin Mepha (Kaps 75 mg)	1	1	0	1	Stk p.o.
Quilonorm retard (Ret Filmtabl 12.2 mmol) Blist Lithium Retardtabletten 450mg	½	0	½	0	Stk p.o.
Tramal retard (Ret Tabl 50 mg) Tramadol Retardtabletten 50mg	1	0	1	0	Stk p.o.
Transipeg forte (Plv) Btl Alkalimetallsalze, Macrogol Pulver [ml]	2	0	2	0	Stk p.o.
Trittico (Tabl 50 mg) Trazodon Tabletten 50mg	0	0	0	1	Stk p.o.
Valdoxan (Filmtabl 25 mg) Agomelatine Filmtabletten	0	0	2	0	Stk p.o.
Ketamin					1x monatliche Infusion Dosis unbekannt.
Ketamin (Salbe 20 mg) 100 ml					3mal täglich eine Baumnossgrosse Portion auftragen
Novalgin (Filmtabl 500 mg) Metamizol Filmtabletten 500mg					Stk p.o. bei Bedarf
Sirdalud (Tabl 2mg)					bei Reserve
Tramal (Kaps 50 mg) Blist Tramadol Kapseln					Stk in Reserve

Charakteristika von chronischen Krankheiten (I)

- Vielfältige funktionelle Beeinträchtigungen: Lebensqualität, Berufstätigkeit, Alltagsaktivitäten, Selbstversorgung.
- Familie und das weitere soziale Umfeld sind durch die Erkrankung Belastungen ausgesetzt.
- Abhängigkeit vom medizinischen Versorgungssystem, Autonomie- und Kontrollverlust
- Haben in der Regel eine multifaktorielle Ätiologie.
- Eine Disposition (genetisch, *Kindheitsbelastungsfaktoren*) und der Lebensstil spielen eine zentrale Rolle.

Höheres Risiko für chronische körperliche Krankheiten vor dem 70. LJ mit zunehmender Belastung durch negative Kindheitserlebnisse (ACEs):

		0 ACEs (ref.)	1 ACE			2–3 ACEs			4+ ACEs		
	n	P	HR	95% CIs	P	HR	95% CIs	P	HR	95% CIs	P
Cancer	3881	<0.001	0.75	0.49–1.14	0.171	1.02	0.66–1.59	0.925	2.38	1.48–3.83	<0.001
CVD	3882	0.020	1.24	0.73–2.12	0.424	1.68	0.95–2.94	0.073	3.11	1.56–6.24	0.001
Diabetes type 2	3876	<0.001	1.13	0.80–1.87	0.524	1.22	0.80–1.87	0.346	2.99	1.90–4.72	<0.001
Stroke	3882	0.005	1.63	0.74–3.60	0.229	1.91	0.81–4.48	0.139	5.79	2.43–13.80	<0.001
Respiratory disease	3879	<0.001	1.22	0.77–1.94	0.394	1.83	1.15–2.91	0.010	3.50	2.07–5.91	<0.001
Liver/digestive disease	3879	0.004	1.44	0.99–2.10	0.059	1.45	0.94–2.23	0.093	2.50	1.53–4.08	<0.001
Any disease	3866	<0.001	1.17	0.95–1.42	0.134	1.38	1.11–1.73	0.004	2.76	2.13–3.58	<0.001

Statistisch kontrolliert für Geburt vor 1969, geografische Region, Geschlecht, Ethnizität und Deprivationsindex

- Repräsentative Umfrage in England bei 18-69-jährigen Personen.
- 46.4% mind. 1 ACE, 8.3% mind. 4 ACEs
- Total 9 «Adverse Childhood Experiences (ACEs)» - vor dem 18. LJ erlebte(s): Trennung der Eltern, häusliche Gewalt, körperliche Misshandlung, verbale Misshandlung, sexueller Missbrauch, Zusammenleben mit Person mit psychischer Erkrankung, Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum, Inhaftierung

"... sind die langfristigen chronischen Gesundheitskosten, die sich aus der Nichtbehandlung von Kindheitsbelastungsfaktoren ergeben, zunehmend nicht mehr bezahlbar." Bellis et al, J Public Health 2015

Aufgrund der Literatur ist die Anzahl von ACEs bei Az gleich häufig wie in der Normalbevölkerung!

Charakteristika von chronischen Krankheiten (II)

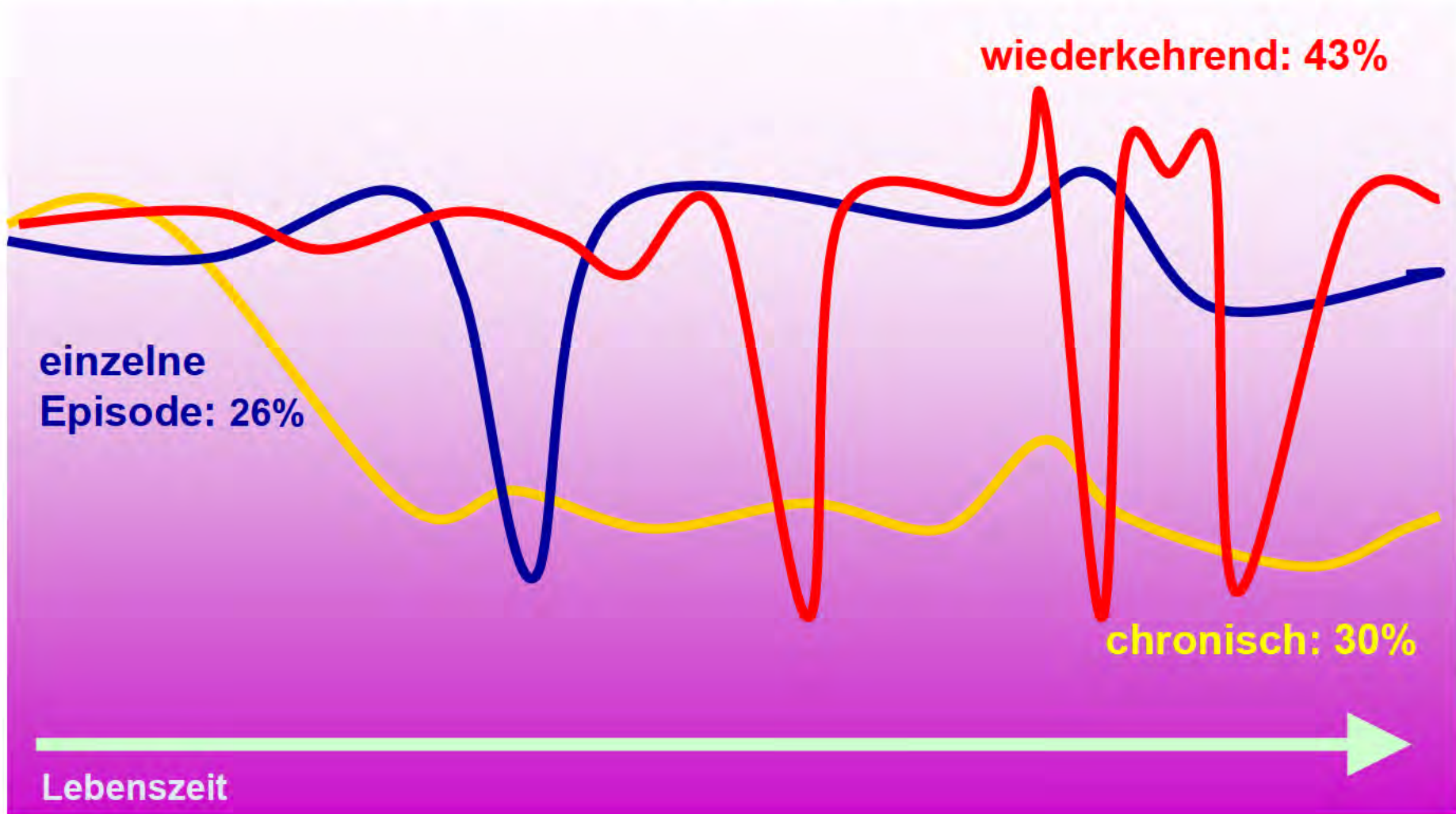
Häufig! CK werden Ihre zukünftige ärztliche Tätigkeit bestimmen

- 700'000 Menschen mit CK in der Schweiz
(Informationsportal compasso.ch: Berufliche Eingliederung)
- 50% aller Pat im Spital haben CK
- In der Hausarztmedizin sind 2/3 der Pat chronisch krank
- Menschen mit eine CK leben immer länger

Psychosoziale Aspekte spielen eine wichtige Rolle

- Beeinflussung des Verlaufs und der Präsentation: Depression, krankheitsbezogene Ängste, Einsamkeit, Stress im Alltag
- Die Pat-perspektive wird so wichtig wie die Biologie der Krankheit
- Subjektives Erleben, Az-Pat-Interaktion, Coping, Adhärenz

Verläufe von chronischen Krankheiten



Ärztliche Behandlung in den letzten 12 Monaten wegen chronischen Krankheiten

2012, in % der Bevölkerung ab 15 Jahren

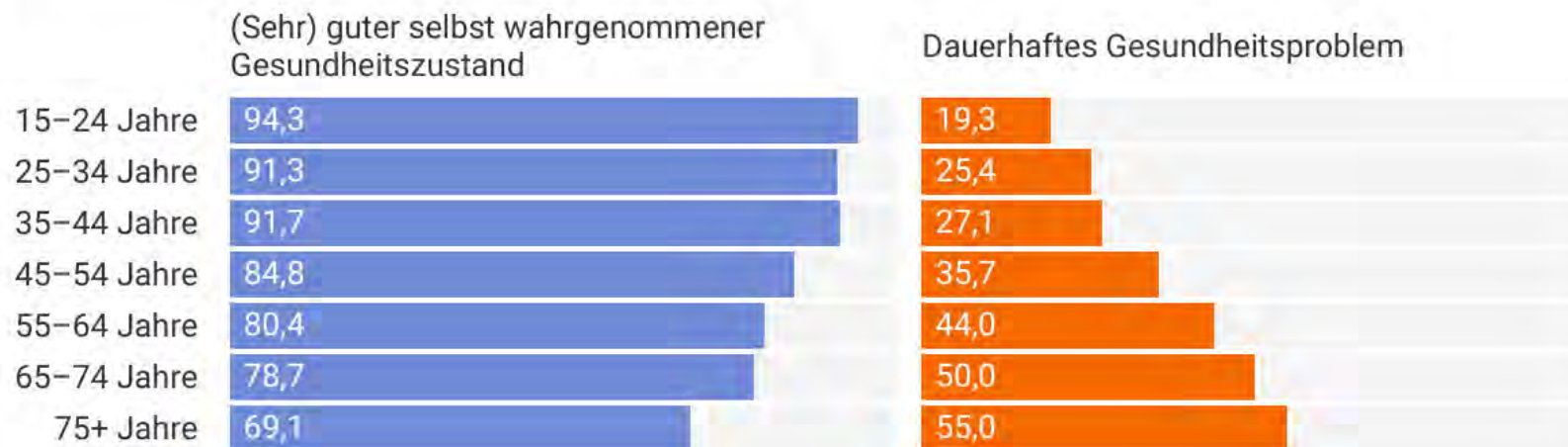
	Total	Männer	Frauen
Hoher Blutdruck	13.0	13.2	12.9
Arthrose, (rheumatische) Arthritis	7.3	5.6	9.0
Heuschnupfen, Allergien	6.6	5.5	7.6
Migräne	3.0	1.6	4.3
Asthma	2.9	2.3	3.4
Osteoporose	2.3	0.5	4.1
Krebs, Geschwulst	1.8	1.3	2.3
Chronische Bronchitis, Emphysem	1.4	1.1	1.8
Nierenkrankheit	1.1	1.1	1.1
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	0.9	0.8	0.9
Herzinfarkt	0.9	1.3	0.5
Schlaganfall	0.4	0.4	0.4

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), BFS

Cave: Sich gesund fühlen ist nicht zwingend dasselbe wie keine CK haben!

Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhaftes Gesundheitsproblem, 2022

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, in %



Datenstand: 31.01.2024

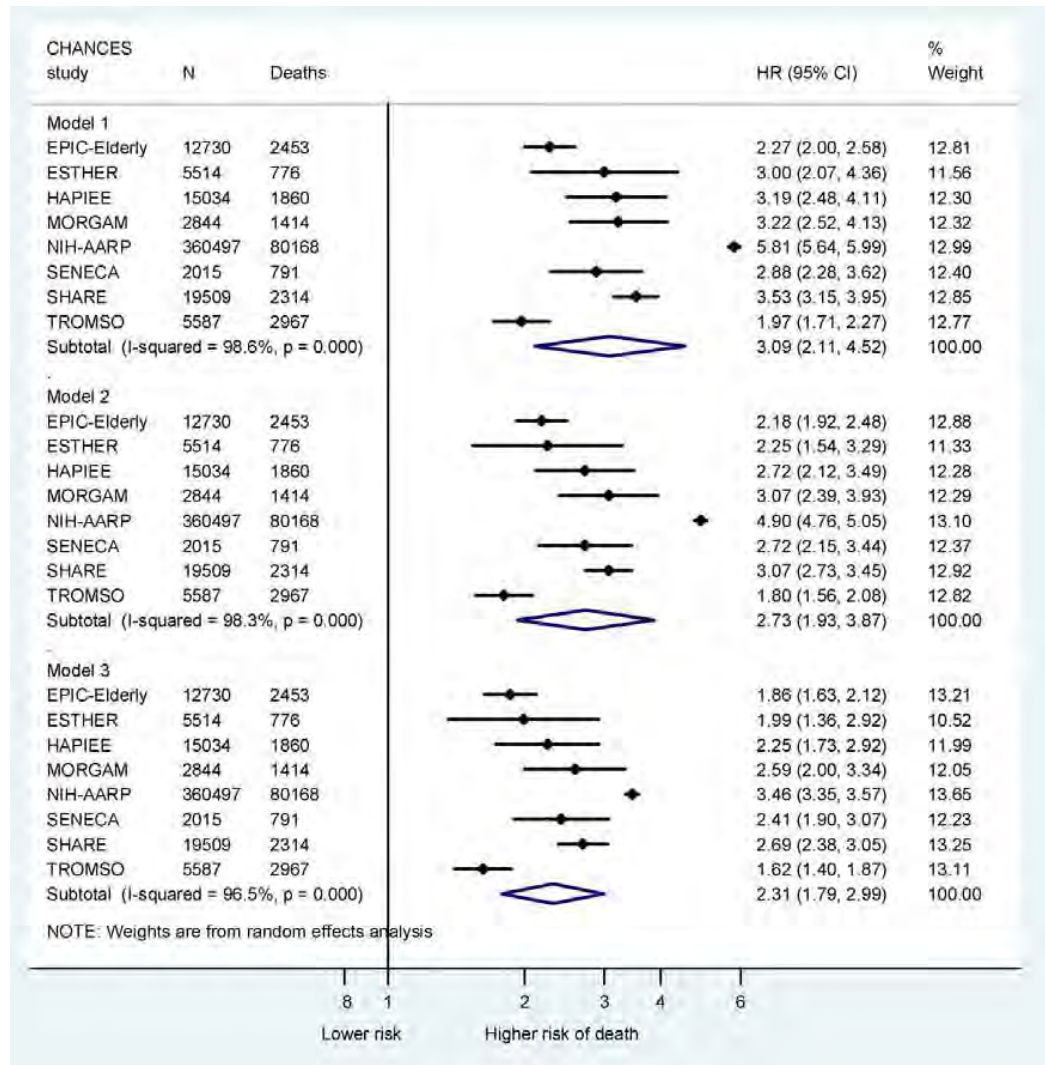
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

gr-d-14.03.01.02

© BFS 2024

«Schlechter» gegenüber «gutem/sehr gutem» subjektiv wahrgenommenem Gesundheitszustand und Mortalitätsrisiko nach 12 Jahren bei >400'000 über 60-jährigen Menschen in Europa und den USA

Bamia et al, Maturitas 2017



Kontrolliert für 1) Alter, Geschlecht; plus 2) Ausbildungsgrad, Zivilstand, körperliche Aktivität, Rauchen, Alkohol, Body Mass Index; plus 3) Krebserkrankungen, koronare Herzkrankheit, Hirnschlag, Diabetes

Unterschiede Versorgung in der Akutmedizin vs. für chronische Krankheiten

Nicht nur die Gesundheitskosten, aber auch...!

Während der COVID-19-Pandemie wurde unser Gesundheitswesen verstärkt auf die Akutversorgung ausgerichtet: Die Anzahl Intensivbetten wurde erhöht, dringende Operationen, Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen verschoben.

Diese Fokussierung soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass CK die grösste Herausforderung für unser Gesundheitswesen sind:

Mit 50 Milliarden Franken pro Jahr verursachen CK 80% der Gesundheitskosten in der Schweiz!

Akut zählt jede Minute: z.B. «Time is Brain»



“Improving Door to Needle time in Patients for Thrombolysis from 74 to 43 min...”

Verschobene Wahrnehmung:

Chronisch verursacht jede Minute und Handlung zunächst einmal
(zu viele) Kosten



Drei zentrale Punkte für eine gelingende ärztliche Betreuung von Pat mit CK

1. **Mitteilen der Diagnose einer CK**, inkl. Umgang mit (heftigen) Emotionen der Pat.
2. **Bewältigung einer CK** erfordert Kenntnisse der bestimmenden Faktoren und Möglichkeiten der ärztlichen Einflussnahme für ein «Leben nach der Diagnose».
3. **Pat-zentrierte Beziehungsgestaltung**, inkl. die partizipative Entscheidungsfindung bei Diagnostik und Therapie.

Badeunfall am Zürichsee (Herr H.)

- Ein 37-jähriger Mann ist kopfvoran in den See gesprungen.
- Beim Sprung ins untiefe Wasser brach er sich das Genick und erlitt eine inkomplette Tetraplegie.
- Nachfolgend kämpfte Herr H. im USZ um sein Leben
- **Heute, 1 Jahr später** ist er auf die Spitex angewiesen, weil die Verdauung nicht mehr selbständig funktioniert
- Auch in der Öffentlichkeit braucht er immer wieder Hilfe, etwa bei der Benutzung von Tram oder Zug

Blick.ch, 2. September 2013

Blog auf www.paraplegie-balgrist.ch

Überbringen der schlechten Nachricht einer CK

«Sie sind teilweise querschnittgelähmt. Wir müssen davon ausgehen, dass dies höchstwahrscheinlich so bleibt.»

Kommunikationstechniken für das Überbringen
dieser schlechten Nachricht(en)

BAD – Überbringen der schlechten Nachricht

«Sie sind für den Rest des Lebens querschnittgelähmt»

Breaking bad news

Acknowledge patient's reactions

Develop plans for the near future



BAD: Breaking bad news

- **Was muss ich als Az selber wissen?**
 - Ich informiere mich vor dem Gespräch (z.B. zur Prognose)
- **Was weiss Herr H.?**
 - Ihn ggf. fragen
- **Ankündigen**
 - Fokussiert die Aufmerksamkeit von Herrn H.: «Es tut mir leid ...»
- **«Keep it short and simple»**
 - «Lang und kompliziert» entspricht allg. nicht dem Pat-Bedürfnis
- **Warten**
 - Raum lassen für allfälligen Reaktionen von Herrn H.

BAD: Acknowledge patient's reactions

- Keine vorschnellen Ermunterungen oder Trost
 - Herrn H. die Möglichkeit geben, sich über seine Emotionen, Sorgen und Bedürfnisse klar zu werden
- **Je nach Reaktion von Herrn H:** Eingehen mehr auf Emotionen (NURSE) oder Informationsbedürfnis

Diskussion: welche emotionalen Reaktionen wären bei Herrn H. denkbar?

NURSE: Umgang mit (heftigen) Emotionen

- N** **N**aming: Emotion benennen (Spiegeln)
- U** **U**nderstanding: Verständnis für die Emotion ausdrücken
- R** **R**especting: Respekt und Anerkennung ausdrücken
- S** **S**upporting: Unterstützung anbieten, etwas vorschlagen
- E** **E**xploring: Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden

1 Videobeispiel unter:

<https://mediathek.hhu.de/watch/31e42d09-f8aa-4811-801c-41dddeea19e3>

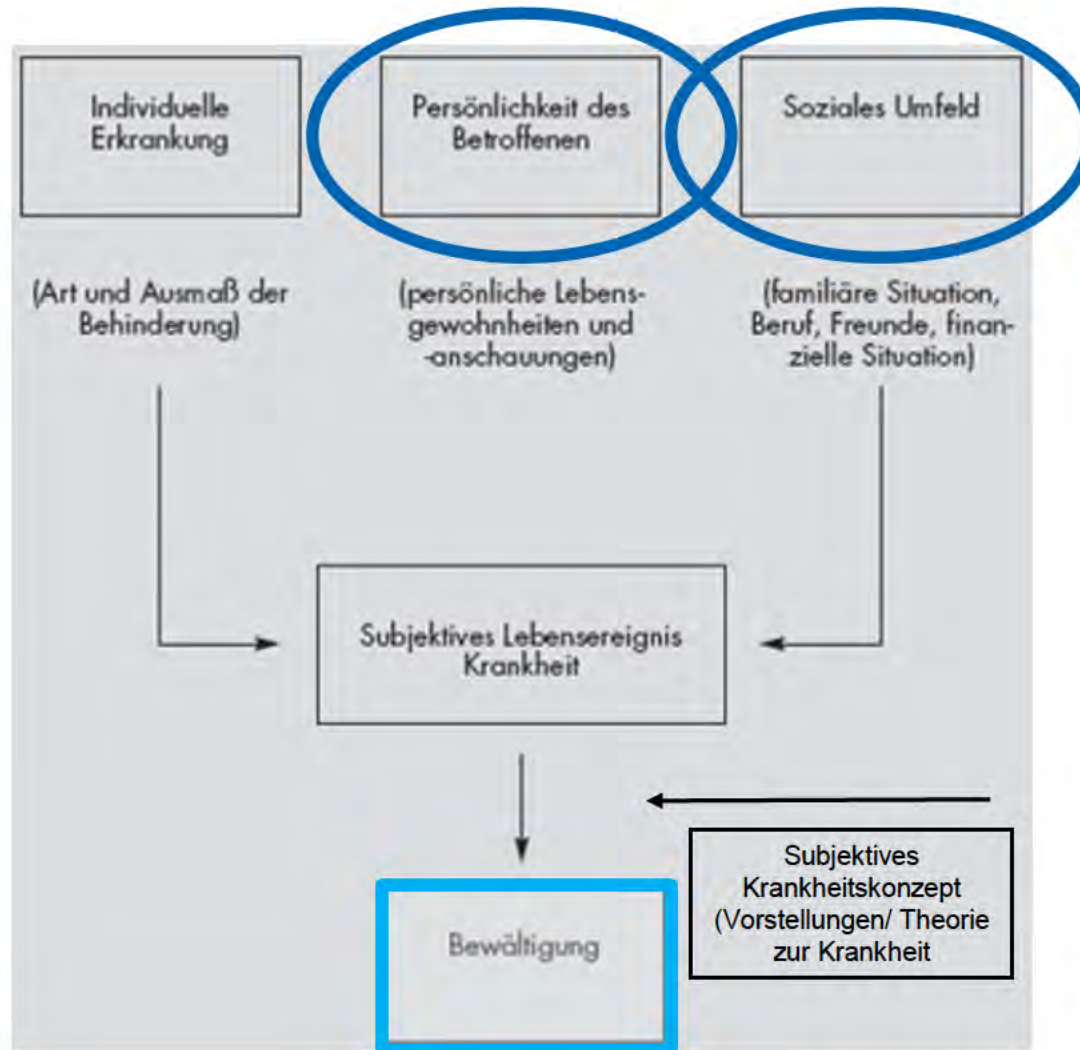
BAD: Develop plans for the near future

- **Wie geht es weiter** (nächste Schritte)?
 - «Als nächstes kommt die Operation. Abhängig vom Resultat werden wir dann entscheiden, wie es weitergeht.»
- Gibt es ergänzend **gute (oder weniger schlechte) Nachrichten?**
 - «Die Rehabilitation wird mehrere Monate dauern und manchmal auch anstrengend sein. Das Ziel ist immer, dass sie im Alltag möglichst viel Selbstständigkeit und Lebensqualität erlangen.»
 - Zusicherung eines Betreuungsangebotes (kontinuierliche Nachsorge)
- Vereinbarung des nächsten **Termins und der Erreichbarkeit**

Bewältigung einer CK im «Leben nach der Diagnose»

Bestimmende Faktoren und
ärztliche Möglichkeiten zur Unterstützung

Wichtige Faktoren für die Bewältigung einer CK



«Fallbericht»: Herr H.

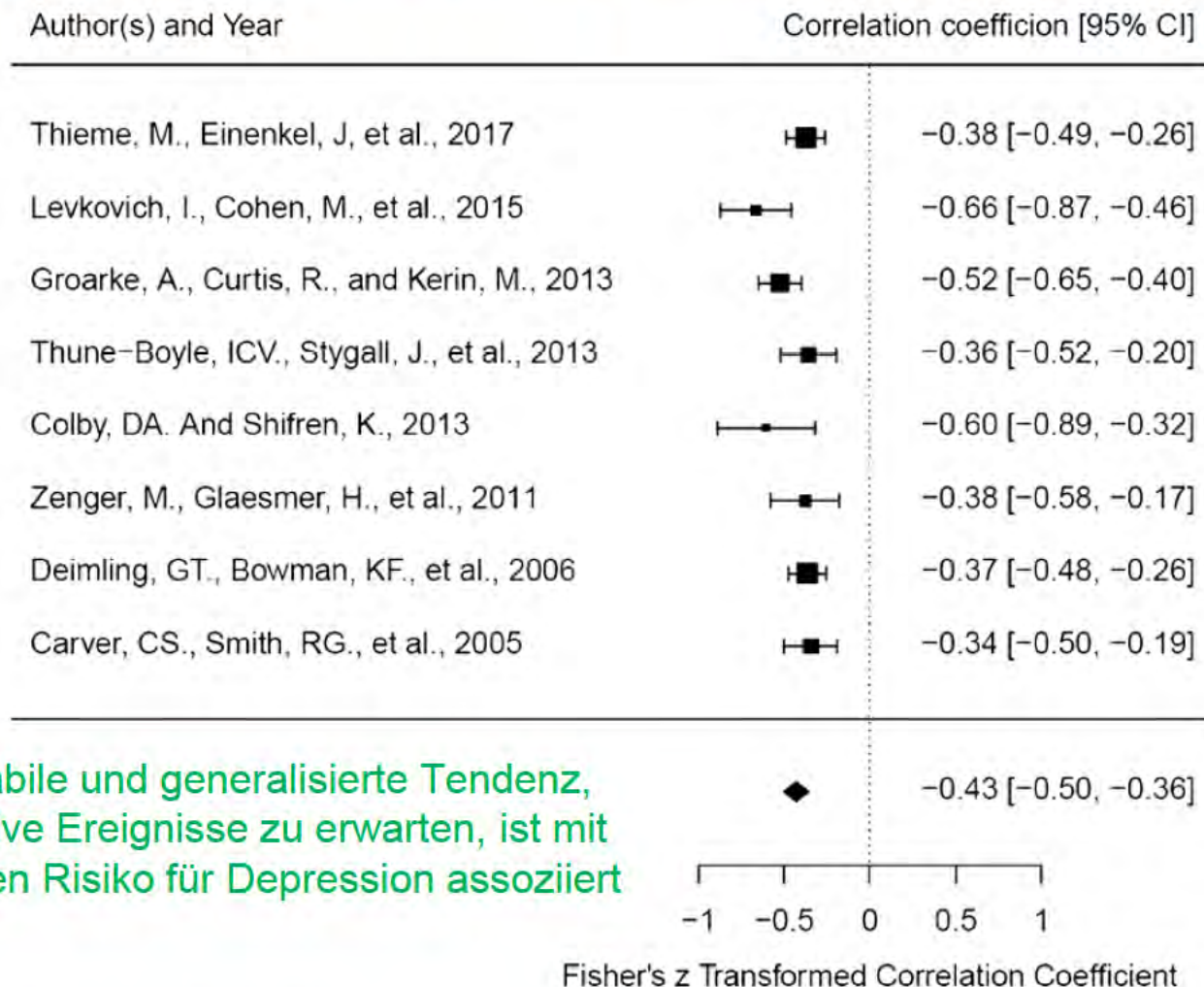
- «Meine **positive Lebenseinstellung** hat mir, aber auch meiner Familie und meinen Freunden geholfen, mit dem Schicksalsschlag fertig zu werden»
- Die **Beziehungen** zu Freunden und Familie bezeichnet er heute «eher intensiver.» Seiner Lebenspartnerin fühle er sich nah wie nie zuvor.



Blick.ch, 2. September 2013

Blog auf www.paraplegie-balgrist.ch

Wissenschaftliche Evidenz: Meta-Analyse zu dispositionellem Optimismus und Depressionen bei Frauen mit Brustkrebs



Die zeitlich stabile und generalisierte Tendenz, im Leben positive Ereignisse zu erwarten, ist mit einem geringeren Risiko für Depression assoziiert

Das subjektive «Krankheitskonzept» ist entscheidend für

1. Empfundenes Ausmass der Belastung durch CK (Schmerzen).
2. Umgang mit der CK («Coping», «Adhärenz»)
3. Ansatzpunkte für die ärztliche Unterstützung (Therapie)

Subjektive Konzepte bezogen auf die Krankheitsursache

- Strafe für begangene Fehler
- Selbst verschuldetes Leiden
- Schuld der und/oder des Medizinalsystems
- Schädigung durch Umweltverschmutzung
- Schicksal, Pech
- Folge von Stress und Überarbeitung
- Chance zur persönlichen Weiterentwicklung
- Zugewiesene Bestimmung

Wichtige Dimensionen des Krankheitskonzepts

- Zeitlicher Verlauf der Erkrankung: «Die Symptome meiner Krankheit verändern sich von Tag zu Tag stark»
- Konsequenzen: «Meine Krankheit hat große Auswirkungen auf mein Leben»
- Kontrollvermögen: «Mein Verhalten / meine Behandlungen beeinflussen, ob meine Krankheit besser oder schlimmer wird»
- Emotionale Belastung: «Es macht mir Angst, dass ich diese Krankheit habe»
- Kohärenz/Sinnfrage: «Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel»

Therapeutische Aufgabe: Sinn suchen und finden in der CK kann Leiden und Funktionseinschränkungen reduzieren

«Wir müssen zwischen Leiden und Verzweifeln unterscheiden. Ein Leiden mag unheilbar sein, aber eine Person verzweifelt erst dann, wenn sie im Leiden keinen Sinn mehr sehen kann.»

«Sinn kann nicht gegeben, sondern muss gefunden werden.»

Der Wille der Pat in der CK einen Sinn zu finden, kann von ärztlicher Seite aktiv unterstützt werden!

Zitate von: Viktor Frankl, Arzt und Holocaust-Überlebender

- Die **Exploration des subjektiven Krankheitsmodells bietet die Chance**, auch scheinbar dysfunktionales Verhalten als subjektiv sinnvoll zu verstehen und therapeutisch zu nutzen.
- Der «wissenschaftlichen Evidenz» widersprechende subjektive Krankheitskonzepte **können für Pat sinnvoll sein** - sollten primär aber nicht schädigend sein bzw. «Primum nihil nocere»

Pat-zentrierte Beziehungsgestaltung bei CK



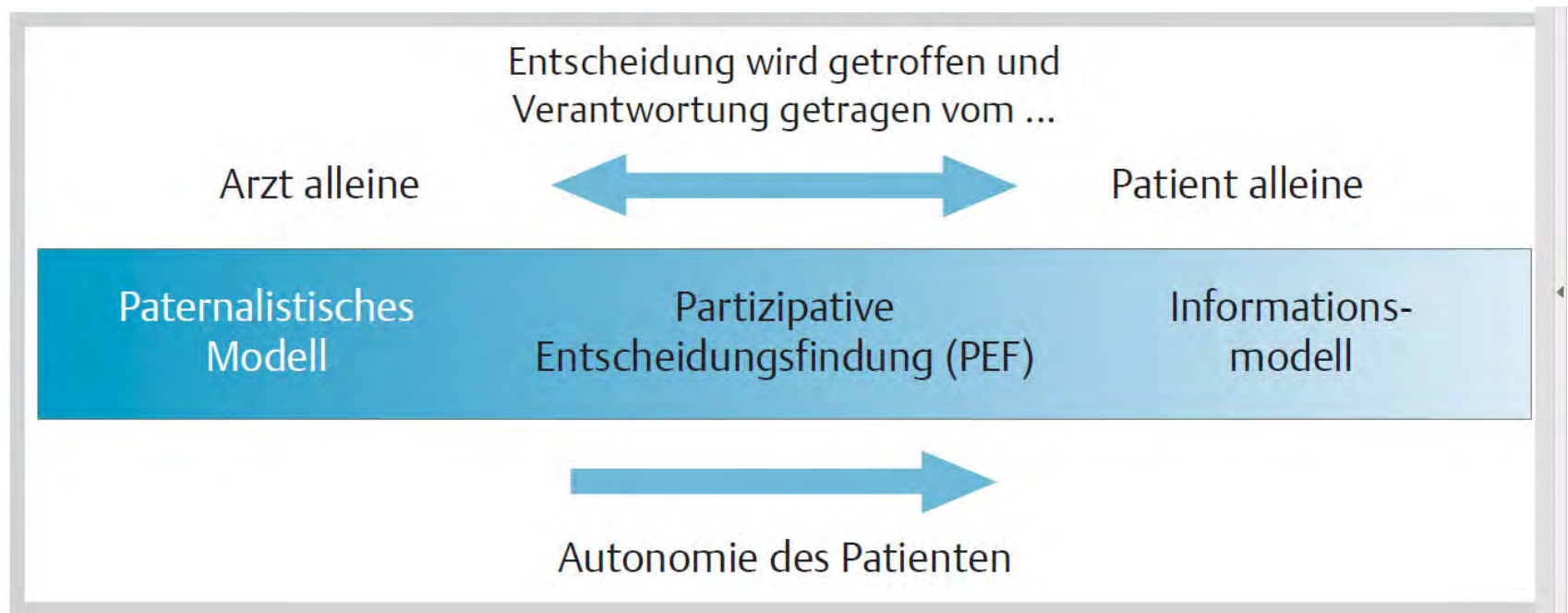
Ziele einer Pat-zentrierten Gesprächsführung

1. Sichtweise der Pat aktiv (!) herausfinden und verstehen (Sorgen, Vorstellungen, Erwartungen, Bedürfnisse, Gefühle, Auswirkungen im Alltag).
2. Pat in ihrem einzigartigen psychosozialen Kontext verstehen.
3. Az und Pat erarbeiten ein gemeinsames Verständnis des Problems und seiner Behandlung, die mit den Werten der Pat übereinstimmen.
4. Pat unterstützen, sich an wichtigen Entscheidungen zu beteiligen.

Aber: Nicht alle Pat möchten eine Pat-zentrierte Begegnung, sondern, dass die Fachperson die Führung übernimmt!

Maxime: Kommuniziere so, dass sich ein Gegenüber (Pat od. Angehörige) eingeladen fühlt, seine Sichtweise darzustellen.

Partizipative Entscheidungsfindung für die «richtige» Behandlung



		Paternalistisches Modell	Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)	Informationsmodell
Austausch von Information	Richtung des Informationsflusses	Arzt ↓ Patienten	Arzt ↕ Patienten	Arzt ↓ Patienten
	Art der Information	medizinisch	medizinisch und persönlich	medizinisch
	Ausmaß der Information	den gesetzlichen Anforderungen entsprechend	alles für die Entscheidung relevante	alles für die Entscheidung relevante
Wer entscheidet, welche Behandlung durchgeführt wird?		Arzt	Arzt und Patient	Patient

Wann ist PEF als Pat-zentriertes Kommunikationsmodell besonders angebracht?

- Es gibt mindestens zwei evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten mit vergleichbarer Wirksamkeit.
- Die Wirksamkeit der verfügbaren Behandlungen ist unklar, aber das Risiko für Komplikationen ist hoch. Zudem bewerten Pat mögliche Nebenwirkungen je nach persönlichem Nutzen unterschiedlich.

30% bis 60%
der Pat mit einer CK
haben **noch nie eine**
partizipative
Entscheidungsfindung
erlebt!

BertelsmannStiftung
Gesundheitsmonitor 2014



Frau L., 45 J, depressive «Schübe» seit der Jugend

Ausgangslage: Sie haben neu in einer Praxisgemeinschaft begonnen. Frau L. wird Ihnen in die Agenda eingeschrieben.

- Der langjähriger Hausarzt habe sich vor 1J pensionieren lassen, keine Nachfolge, sie habe bisher keine Medikamente gewollt, «Schübe» seien irgendwie wieder vorbeigegangen, Reden mit dem Hausarzt hätte manchmal auch geholfen.
- Jetzt sei es aber schlimm geworden mit den Depressionen und Schlafstörungen, v.a. seit Ehemann Kurzarbeit habe und die Tochter wegen Panikzuständen die Lehre abgebrochen habe, das gehe schon mind. ein halbes Jahr so

Gemäss Leitlinien: Psychotherapie und/oder Antidepressiva

Aber: hatte Frau L. bisher alles nicht - Wie erfolgt die PEF?

Die Diskussion ist eröffnet!

Welches sind die Schritte bei der PEF für die zweifellos indizierte Therapie der chronischen Depression von Frau L.?

1. Problemdefinition

Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht

2. Gleichwertigkeit der Behandlungsoptionen und der Partner

Es gibt mehr als einen Weg, um mit dem Problem umzugehen

Anfangsphase
„Team Talk“

3. Behandlungsmöglichkeiten beschreiben

Über Optionen und deren Vor- und Nachteile informieren

4. Verständnis, Gedanken, Erwartungen und Befürchtungen erfragen

Die Sicht des Patienten mit einbeziehen

Informations-
phase
„Option Talk“

5. Rollenpräferenz und Behandlungspräferenz klären und Entscheidungsfindung

Beteiligungswunsch ermitteln und Entscheidung herbeiführen

6. Vereinbarungen treffen

Vereinbarungen zur Umsetzung der Entscheidung treffen

Entscheidungs-
findung und
Gesprächs-
abschluss
„Decision Talk“

Rehabilitation - Aufbau

Definition

Wann und wie?

Wer bezahlt?



WHO-Definition

- Rehabilitation ist ein Prozess, der darauf abzielt, dass Menschen mit Behinderungen ihre optimalen **physischen, sensorischen, intellektuellen, psychologischen** und **sozialen Fähigkeiten** und **Funktionen** wieder erreichen und aufrechterhalten können.
- Rehabilitation schafft die Grundlage dafür, dass behinderte Menschen ihre **bestmögliche Unabhängigkeit** und **Selbstbestimmung** erlangen können.

Ziele der Rehabilitation

- Wiederherstellung des ursprünglichen Funktionsniveaus
- Umgang mit dauerhafter Störung, neues Gleichgewicht finden
- Tertiärprävention

Einteilung:

- Primärprävention: Erhalt der Gesundheit (z.B. Impfung)
- Sekundärprävention: Früherkennung von Krankheiten (z.B. Screening für Dickdarmkrebs mit Koloskopie ab 50J)
- Tertiärprävention: Fortschreiten von Krankheiten aufhalten (z.B. angemessene körperliche Aktivität bei Arthrose)

Zeitpunkt und Form der Rehabilitation

Nach dem Akutspitalaufenthalt, wenn Patienten noch spitalbedürftig sind:

- Eher **stationär**



z.B. nach einer Herzoperation

Im Verlauf einer CK zum Erhalt oder Verbesserung des Funktionsvermögens:

- Eher **ambulant**
- **Stationär**, schwerere Fälle



z.B. bei einer chronischen Schmerzkrankheit

Vergütung durch die Krankenversicherer

- Es muss ein **Reha-Potential** vorhanden sein und ein **Reha-Ziel** definiert werden.
- Das Gesuch wird an den vertrauensärztlichen Dienst der Krankenkasse geschickt, der die **Kostengutsprache** bewilligen muss.

Bsp. Frau T. mit multipler Sklerose und Leberzirrhose:

- wenn Transfer in Rollstuhl alleine möglich, kann sie wieder heim weil sie nachts alleine auf die Toilette muss

Bsp. Herr C. mit schwerer Pneumonie und COPD:

- Wenn 5 Treppenstufen steigen möglich, kann er wieder heim (mit oder ohne zusätzlichen Sauerstoff)

Bsp. Herr B. mit chronischen Armschmerzen nach Motorradunfall:

- Wenn Opioide entzogen sind und Umgang mit Schmerzen sich verändert hat, ist Funktionieren im Alltag wieder möglich („das Leben ist wieder lebenswert“)

<https://www.youtube.com/watch?v=91BMukvwl1w>

Einblick in die stationäre Rehabilitation bei chronischen Schmerzkrankheiten

Was ist anders als bei der Behandlung von akuten Schmerzen?

(z.B. Supinationstrauma beim Joggen: «RICE»)

Schmerzdefinition

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit **aktueller oder potentieller Gewebeschädigung** verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“ (IASP 1979)

- emotionale Komponente
- **Gewebeschaden nicht obligat**
- Schmerz wird subjektiv erlebt

Akuter vs. chronischer Schmerz

Akuter Schmerz = biologisches Alarmsignal

→ Lebenserhaltung

Chronischer Schmerz = bio-psycho-soziales Alarmsignal

→ Leiden = Schmerzkrankheit

- Dauer mind. 6 Monate
- Beeinträchtigungen auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene
- Erfolglose Behandlungsversuche

Die wichtige Rolle der bio-psycho-sozialen Sichtweise für die Vorhersage des Verlaufs von chronischen Schmerzen

	Six-Item assessment: ROPS	UKB Field ID	0	1
Sleep	Do you have trouble falling asleep at night or do you wake up in the middle of the night?	1200	Rarely or sometimes	Usually
Neuroticism	Do you often feel 'fed-up'?	1960	No	Yes
Mood	Over the past 2 weeks, how often have you felt tired or had little energy?	2080	Not at all or several days	More than half the days
Mood	Have you ever seen a GP or psychiatrist for nerves, anxiety, tension or depression?	2090 and 2100	No	Yes
Life stressors	Any of the following in the last 2 years: - Serious illness, injury, assault or death of a close relative - Death of a spouse/partner or marital separation/divorce - Financial difficulties	6145	No	Yes
Anthropometric	BMI ($>30\text{kg m}^{-2}$)	21001	≤ 30	>30

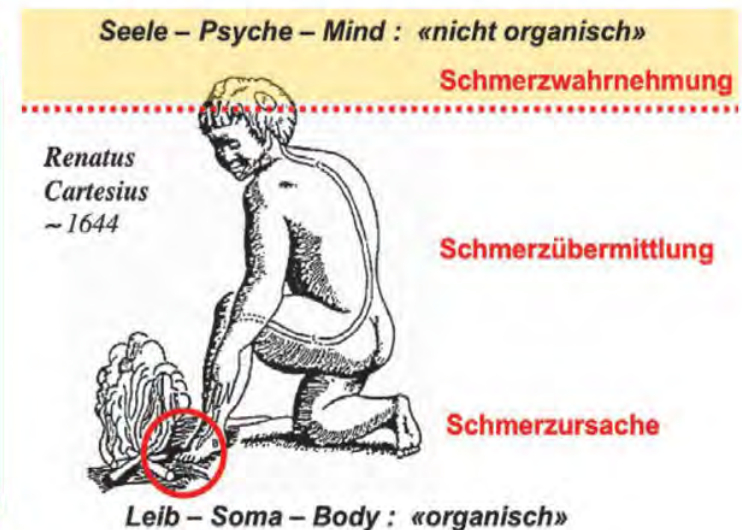
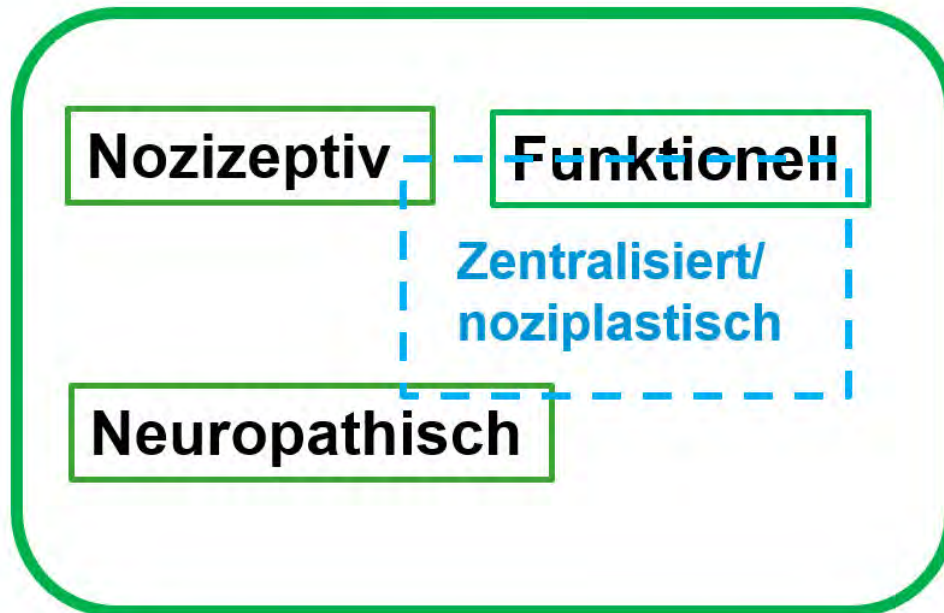
- Prospektive Daten aus der UK Biobank (n = 493.211)
- Der **Risk of Pain Spreading Score (ROPS)** aus 6 Ja/Nein-Fragen sagte vorher: die Ausweitung chronischer Schmerzen, die Ausbreitung chronischer Schmerzen über verschiedene Körperstellen und starke Schmerzen 9 Jahre später
- Der ROPS sagte auch den Beginn einer Opioidmedikation und Arbeitsunfähigkeit vorher.

Das “Zauberwort” heisst **Multimodale Schmerztherapie**



Entscheidende Frage für die Diagnostik und Therapie von chronischen Schmerzproblemen

Welcher Schmerztyp liegt vor?



Eine gestörte zentrale Schmerz-Prozessierung (zentrale Hypersensitivität) kann grundsätzlich jede Art von Schmerzen verstärken, steht bei funktionellen bzw. noziplastischen Schmerzen aber im Vordergrund.

Ätiopathogenetische Mechanismen und klinische Unterscheidungsmerkmale von 3 Schmerztypen

ÄTIOPATHOGENESE / Mechanismus		Beispiele	Schmerzqualität
Nozizeptiver Schmerz bei Gewebeschädigung	viszeral	Leberkapselschmerz	kolikartig, nächtl. Schmerz
	somatisch	Gelenkschmerz	bewegungsabhängig
Neuropathischer Schmerz bei Nervenläsionen	einschießend	Nervenkompression	attackenartig, keine Linderung in Ruhe, Sensibilitätsstörungen, Parästhesien, Allodynie
	mit Brennschmerz	zentraler Schmerz (Thalamusschmerz)	
Noziplastischer Schmerz *) bei hypersensitiver Schmerzverarbeitung	funktionelle Störungen	Fibromyalgie Somatoforme Schmerzen	häufig multilokulär, Dauerschmerz, oft begleitet von Distress

*) veränderte nozizeptive Prozessierung im zentralen Nervensystem oder eine Erkrankung bzw. Läsion des somatosensorischen Systems.

Zentrale Hypersensitivität u. Stressinduzierte Hyperalgesie

- **Psychischer Stress** aktiviert bzw. hemmt Hirnareale, die auch bei der nozizeptiven Schmerzprozessierung involviert sind (inkl. ACC, Insula, PFC)

→ Stressinduzierte Hyperalgesie (SIH)

- Diese (und weitere Hirnareale; vgl. ACC) sind ebenfalls in der Prozessierung von **negativen Affekten** (z.B. Depressivität, Angst, Wut etc.) involviert.
- Häufig begleitet von einer **Überempfindlichkeit in weiteren somatosensorischen Systemen** (Sinnesorgane, viszerale Stimuli)

Das klinische Bild ist geprägt durch «medizinisch nicht erklärbare» Schmerzen, Stresserleben, negative Affektivität bis psychiatrischer Komorbidität und weiteren funktionellen/somatoformen Symptomen.

Ohne bio-psycho-soziale Anamnese keine rationale Therapie von chronischen Schmerzen!

Die bio-psycho-soziale Anamnese soll die **umfassende Landkarte der Beschwerden**, eine **biographische Anamnese** mit Bezug zu früheren Schmerz- und Stresserfahrungen und das **Schmerzkonzept** erheben, um die verschiedenen, am Schmerzgeschehen **beteiligten Pathomechanismen**, und den **schmerz- und stressanfälligen Patienten** zu identifizieren und die daraus folgenden **Therapiemodalitäten** abzuleiten.

Schmerzanamnese: Die 7 Dimensionen

Wieviel mixt welcher Pathomechanismus mit?

- 1. **wo?** Lokalisation
 - 2. **wohin?** Ausstrahlung
 - 3. **wie?** Qualität
 - 4. **wie stark?** Intensität
 - 5. **wann?** Zeitlicher Ablauf
 - 6. **was lindert / was verstärkt?**
Schmerzmodulatoren
 - 7. **was begleitet?** (psychosoziale)
Umstände, **weitere Körpersymptome**
- Lokalisation vage / fehlende anatomische Grenzen.
 - Beschrieb mit affektiven vs. sensorischen Adjektiven.
Dramatische / farbige Schilderung und Sprache.
 - Schmerz immer vorhanden, immer gleich stark u. nicht beeinflussbar.
 - Keine Abhängigkeit von Willkürmotorik. Reaktionen auf Analgetika nicht plausibel.
 - **Landkarte der Körperbeschwerden**

Zukunftsorientierte Schmerztherapie jenseits des WHO Stufenschemas, denn bei vielen chronischen Schmerzen helfen eigentlich nur „Koanalgetika“

„Es ist sinnvoll, jede einzelne Schmerzform und damit jedem einzelnen Schmerzmechanismus isoliert mit geeigneten Pharmaka anzugehen“.¹

1) Baron R et al. Diagnostik neuropathischer Schmerzen. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2139-2144

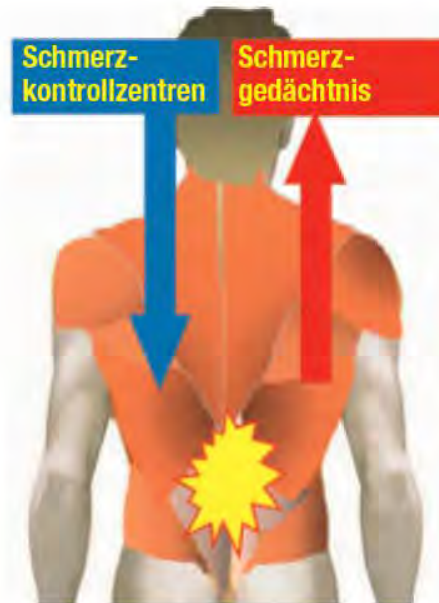
Rationelle Pharmakotherapie??? 49 J Patientin, Depression, Fibromyalgie, RLS und...Müdigkeit ("Augen fallen zu")

Medikament und Abgabereinheit	Verabr.-Form	Dosierungsschema			
<input type="checkbox"/> (PAUSE: VI DE 3 Tr 0.02ml=1ggt=100IE)	(Standard)	1	0	0	0
<input type="checkbox"/> Ferro Sanol Kaps 100 mg	(Standard)	1	0	0	0
<input type="checkbox"/> Sifrol Tabl 1 mg	(Standard)	0	0	0.75	0
<input type="checkbox"/> Temesta Expidet Schmelztabl 1 mg	(Standard)	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Nexium 20 mg 1 Tabl.	(Standard)	1	0	1	0
<input type="checkbox"/> Cymbalta Kaps 60 mg	(Standard)	2	0	0	0
<input type="checkbox"/> Novalgin Tropfen 1ml=20gtts=500mg	(Standard)	30	30	30	0
<input type="checkbox"/> Lamotrigin Sandoz Ret Tabl 100 mg (2x t.ill)	(Standard)	1	0	0	0
<input type="checkbox"/> Seroquel Filmtabl 100 mg	(Standard)	0	0	1	0
<input type="checkbox"/> Quetiapin Sandoz Filmtabl 150 mg	(Standard)	1	1	0	0
<input type="checkbox"/> Baldriparan Drag	(Standard)	2	0	0	0
<input type="checkbox"/> Lamictal Disp Tabl 200 mg	(Standard)	1	0	0	0
<input type="checkbox"/> Movicol Plv	(Standard)	1	0	0	0
<input type="checkbox"/> Trittico Tabl 100 mg	(Standard)	0	0	0	1
<input type="checkbox"/> Transtec Matrixpfl 52.5 mcg/h	(Standard)	2	0	0	0
<input type="checkbox"/> Seroquel XR Ret Tabl 50 mg	(Standard)	0	0	1	0

Hilfe!
Was können wir
abbauen?

Edukation / Information: Angewandte, durch zentrale Hypersensitivität erweiterte Gate-Control-Theorie

- Verschiedene (psychologische) Faktoren steuern die **Schmerzleitung von der Peripherie zum ZNS** sowie die **Schmerzwahrnehmung im ZNS**
- **Das Tor öffnen:** Ängste, Depressionen, Stressoren, negative Gedanken, Aufmerksamkeitslenkung, Anspannung
- **Das Tor schliessen:** Ablenkung, soziale Unterstützung, positive Gedanken, körperliche Aktivität, Entspannung



Patienteninformation:
Massnahmen zur

- Stärkung der **Schmerzkontrolle**
- Beruhigung der **Schmerzleitung**

„Detektivarbeit“ mit Schmerztagebuch:
Welche Faktoren modulieren das Schmerzgedächtnis negativ bzw. positiv?

Kognitive Verhaltenstherapie bei dysfunktionalen Krankheitskonzepten von Schmerzpatienten/innen

- **Kontrollüberzeugungen:** „Nur Medikamente und Ärzte können helfen.“
- **Selbstwirksamkeit:** „Ich kann die Schmerzen nicht beeinflussen.“
- **Vermeiden (Kinesiophobie, *fear avoidance behavior*):** „Ich bewege mich nicht, weil es sonst weh tut.“
- **Durchhalten (*endurance behavior*):** „Ich muss durchbeissen, obwohl es weh tut.“
- **Katastrophisieren:** „Schmerzen bedeuten Schaden und Gefahr.“
- **Opferrolle (Verbitterung):** „Andere haben Schuld, dass es mir so schlecht geht.“
- **Somatisch fixiertes Krankheitsmodell:** „Stress und psychosoziale Ursachen haben keinen Einfluss auf meine Schmerzen.“

→ **Schmerzchronifizierung und -verstärkung**

Grundzüge der Physiotherapie und des körperlichen Trainings bei chronischen Schmerzen

- **Information:** Physiotherapie ist ein Mittel zum **Einschätzenlernen der Leistungsfähigkeit** und von **Belastungsgrenzen**, zur **Differenzierung von Körperempfindungen** und zur **Rekonditionierung**.
- Vorerfahrungen mit Physiotherapie (warum *genau* ging es nicht?).
- Aktive vor passiven Therapiemaßnahmen (idR keine Massagen!)
- Aerobes Training (3x 30 min/ Woche) ist wirksamer als Krafttraining.
- Eigenverantwortlichkeit: Wir bieten an, der Schmerzpatient wählt aus.
- Stufenweiser Aufbau – kleine Erfolgserlebnisse

Vermeidung: Systematische Desensibilisierung bei Angst vor Schmerzen

Durchbeißen: «Auch ein Spitzensportler muss Ruhetage einlegen»

Regelmässigkeit: «In die Klavierstunde geht man auch nicht zum Üben»

Ultimatives Ziel der Rehabilitation ist die Förderung von Selbstmanagement: „Spezialistin für die eigene Krankheit werden“

- Wissen über die eigene CK und deren Behandlung
- Motivation, besser auf sich selbst zu achten
- Werkzeuge und Techniken, um das zu erreichen
- Vertrauensvolle Beziehung zu Fachpersonen

Zum Abschluss ein gelungenes Beispiel: „Seit über 20 Jahren Rückenpatientin“

<https://www.youtube.com/watch?v=-1xFNJ3TYFA>